

Departamento de Servicios Sociales de South Carolina
AVISO DE VENCIMIENTO

Sus FS terminarán el:
 Para recibir cupones de alimentos (FS) y/o FI sin interrupción, usted debe completar y devolver a la oficina local de DSS el formulario que se encuentra a continuación con todas las pruebas de ingresos tan pronto como le sea posible, pero no más tarde del:

IMPORTANTE – POR FAVOR LEA ESTO

- ESTE FORMULARIO SERÁ CONSIDERADO COMPLETO SIEMPRE Y CUANDO TENGA SU NOMBRE, DIRECCIÓN Y FIRMA.
- RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS DEL FORMULARIO. SI EL ESPACIO EN EL FORMULARIO NO ES SUFICIENTEMENTE GRANDE PARA SU RESPUESTA, USTED PUEDE ADJUNTAR HOJAS.
- FALLAR EN RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS CORRECTAMENTE O NO DEVOLVER EL FORMULARIO PARA LA FECHA LÍMITE PUEDE RETRASAR, REDUCIR O DETENER SUS CHEQUES DE FI Y/O CUPONES DE ALIMENTOS.
- SI USTED ENVIA POR CORREO SU FORMULARIO DENTRO DEL TIEMPO LÍMITE Y NO RECIBE UN AVISO DE APROBACIÓN O DENEGACIÓN PARA EL ÚLTIMO DÍA DEL MES, CONTACTE A SU TRABAJADOR DE CASO.
- SU TRABAJADOR DE CASO PUEDE CONTACTARLE PARA PEDIRLE PRUEBAS ADICIONALES DE TODA LA INFORMACIÓN QUE USTED PROVEA EN ESTE FORMULARIO.
- USTED PUEDE CONTACTARNOS PARA OTROS MÉTODOS DE ENTREVISTA. USTED PUEDE CONTACTARNOS PARA REPROGRAMAR UNA ENTREVISTA PERDIDA.
- SI ALGUIÉN EN SU HOGAR RECIBE SSI, USTED PUEDE SOLICITAR CUPONES DE ALIMENTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL.

FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN ENVIADO POR CORREO

	DATE RECEIVED – OFFICE ONLY	Si usted necesita ayuda con este formulario, llame al: <input style="width: 100%;" type="text"/>	CO. NO.	NOMBRE DEL CASO.		
					NÚMERO DE CASO	IDENTIFICACIÓN DE CASO
				NOMBRE DEL TRABAJADOR		
				CERTIFICACIÓN DE CUPONES DE ALIMENTOS HASTA LA SIGUIENTE FECHA		

Este formulario será considerado completo siempre y cuando tenga su nombre, dirección y firma. Yo certifico que las siguientes preguntas han sido respondidas sinceramente y completamente bajo la pena de perjurio. Yo entiendo que la información dada en este formulario puede causar que mis cupones de alimentos o FI puedan ser cancelados o cambiados. Yo doy permiso para que el Departamento de Servicios Sociales haga cualquier contacto necesario para revisar mis declaraciones.

Firma: _____ Fecha: _____
 Número de Teléfono Durante el Día: _____

1. Díganos dónde vive y cómo puede ser localizado.

Apellido:	Primer Nombre:	MI:	Teléfono Durante el Día:	
Dirección de la Calle: (Incluya No. de apartamento/lote.)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
Dirección de Correo: (Si es diferente, incluya No. de apartamento/lote.)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:

2. Díganos quiénes viven con usted. Escriba su nombre en la primera línea.

Liste los Nombres como Ellos Están Escritos en la Tarjeta de Seguro Social (Si la persona tiene una tarjeta)	Edad	Género (M or F)	Relación que Tiene con la Persona Nombrada en la Primera Línea.	Si Asiste a la Escuela, Nombre de la Escuela	Grado
1.			Sí Mismo		
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

3. ¿Es cualquiera de estos individuos fugitivo convicto, violador de la libertad condicional, o encarcelado por violar el uso de sustancias controladas antes del 22 de agosto de 1996? Sí No

Si la respuesta es sí, escriba el nombre: _____

4. ¿Algún miembro de su hogar trabaja? Sí No

Si su respuesta es sí, envíe todos los talones de cheque recibido en: _____

Si usted no tiene todos los talones de cheque, su empleador puede completar esta sección.

A					B						
NOMBRE DEL TRABAJADOR					NOMBRE DEL TRABAJADOR						
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR					NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR						
FECHA DE RECIBO DE PAGO			PAGO BRUTO	PROPINAS	HORAS TOTALES	FECHA DE RECIBO DE PAGO			PAGO BRUTO	PROPINAS	HORAS TOTALES
MES	DÍA	AÑO				MES	DÍA	AÑO			
1.						1.					
2.						2.					
3.						3.					
4.						4.					
5.						5.					
FIRMA DEL EMPLEADOR					TELÉFONO LOCAL DEL EMPLEADOR	FIRMA DEL EMPLEADOR					TELÉFONO LOCAL DEL EMPLEADOR

5. ¿Alguien en su hogar recibe dinero además del que proviene del trabajo? Sí No

OTRO INGRESO	CANTIDAD	¿A CADA CUÁNTO USTED RECIBE ESTE INGRESO?	¿QUIÉN RECIBE ESTE INGRESO?
Manutención Infantil (Voluntario u ordenado por el Tribunal)	\$		
SSI	\$		
Pago del Seguro Social	\$		
Beneficios por Desempleo	\$		
Beneficios de Veteranos	\$		
Otro: (Explique)	\$		

6. ¿Paga alguna persona en su hogar por los siguientes gastos? Sí No

Si su respuesta es sí, complete esta información para indicar que quiere la deducción y envíe pruebas.

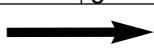
ARTÍCULO	¿QUIÉN PAGA?	CANTIDAD	ARTÍCULO	¿QUIÉN PAGA?	CANTIDAD
Renta		\$	Hipoteca/Segunda Hipoteca/		\$
Pago de Tierra		\$	Impuestos de Propiedad/Evaluación No Incluidas en los Pagos del Hogar		\$
Casa Móvil Renta de Espacio/Lote		\$	Seguro del Propietario que No Está Incluida en los Pagos de la Casa		\$

¿Tiene usted algún gasto de calefacción? Sí No ¿Tiene usted algún gasto de aire acondicionado? Sí No

¿Alguien recibe ayuda con los pagos de electricidad? Sí No

7. ¿Alguien paga el cuidado de un menor o el cuidado de un miembro adulto de la casa discapacitado? Sí No

Envíe todas las facturas y/o recibos para _____ y complete la información que se encuentra a continuación para dichos meses.

¿Quién cuida a?:	¿Quién para por dicho cuidado?
Costo:	
Nombre del Cuidador/Niñera:	¿A cada cuánto?:
Si usted tiene los recibos/cuentas, pídale al cuidador/niñera que complete esta sección: 	
Firma del Cuidador/Niñera:	Teléfono del Cuidador/Niñera:
¿Recibe usted cupones de ABC de la guardería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

8. ¿Alguna persona de 60 años o más, o que esté recibiendo beneficios de discapacidad paga por gastos médicos superiores a 35 dólares al mes? Sí No ¿Desea usted reclamar una deducción por estos gastos? Sí No Si su respuesta es sí, envíe los recibos o un listado impreso de los gastos o nosotros no podremos darle una deducción.

9. ¿Tiene usted un acuerdo legal/orden del Tribunal que requiere que usted pague manutención infantil a alguien fuera del hogar? Sí No Si usted lo hace y desea reclamar una deducción de este pago, envíenos pruebas del acuerdo. También, envíenos la cantidad del pago que usted hace para _____. Si usted no nos entrega pruebas, nosotros no podremos darle una deducción.

10. Si usted desea cambiar el nombre del jefe de familia, por favor contacte a su trabajador de caso.